

KIROL GAITASUNERAKO OSASUN AZTERKETA EGITEKO ESKABIDEA
SOLICITUD para RECONOCIMIENTO MÉDICO de APTITUD DEPORTIVA

NAN / DNI:		
Izena / Nombre:		
Abizenak / Apellidos:		
Telefonoa / Teléfono /		Adina /Edad
Helbidea / Domicilio/		 Jaio eguna / F. Nac / /
Udalerrria / Municipio /		
Sexua / Sexo: Emakumezkoa / Mujer Gizonezkoa / hombre		
Kirola / Deporte		
Federatua / Federado Kluba/ Club:	Parte hartzailea / Participativo Kurtsoa egiten duena/ Cursillista Bai Ez Si No	Ikaslea / Escolar

FAMILIAKO AURREKARIAK / ANTECEDENTES FAMILIARES

Senideren batek (guraso, aitona-amona, neba-arreba,...) gaixotasun hauetakoren bat du edo izan du / Alguno de sus familiares (padres, abuelos, hermanos,...) ha padecido o padece:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <i>Diabetesa / Diabetes</i> | <input type="checkbox"/> <i>Bihotzeko gaitzak / Enfermedades del corazón</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Tuberkulosia / Tuberculosis</i> | <input type="checkbox"/> <i>Hipertentsioa / Hipertensión</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Asma / Asma</i> | <input type="checkbox"/> <i>Epilepsia / Epilepsia</i> |

NORBERAREN AURREKARIAK / ANTECEDENTES PERSONALES

Gaixotasun hauetakoren bat duzu edo izan duzu / Ha padecido o padece:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <i>Hepatitis / Hepatitis</i> | <input type="checkbox"/> <i>Bihotzeko gaitzak / Enfermedades del corazón</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Diabetesa / Diabetes</i> | <input type="checkbox"/> <i>Konbultsioak, epilepsia / Convulsiones, epilepsia</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Tuberkulosia / Tuberculosis</i> | <input type="checkbox"/> <i>Bihotzeko murmurioak / Soplos cardiacos</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Asma / Asma</i> | <input type="checkbox"/> <i>Alergia / Alergia</i> |

Lehenagoko azterketetan diagnostikatu zaizkizunak / En reconocimientos anteriores se le ha diagnosticado:

- Bizkarrezurraren okerdura / Desviación de la columna*
- Alterazioak sorbaldetan, aldaketan, hanketan edo orkatiletan / Alteraciones en hombro, cadera, piernas o tobillos*
- Oin lauak edo sakonak / Pies planos o cavos*
- Irregularitasunak pultsuan edo bihotz-erritmoan / Irregularidades en el pulso o ritmo cardiaco*
- Bihotzeko murmurioak / Soplos cardiacos*
- Hipertentsioa / Hipertensión*
- Arnasaren alterazioak / Alteraciones respiratorias*
- Beste diagnostiko garrantzitsu batzuk / Otros diagnósticos relevantes*

Inoiz izan dituzun gorabeherak / En alguna ocasión ha sufrido:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <i>Ebakuntza kirurgikoak / Operaciones quirúrgicas</i> | <input type="checkbox"/> <i>Ospitaleratzeak / Hospitalizaciones</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Hausturak / Fracturas</i> | <input type="checkbox"/> <i>Istripuak / Accidentes</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Lokadurak edo zaintiratuak / Luxaciones o esguinces</i> | <input type="checkbox"/> <i>Beste datu garrantzitsu batzuk /Otros hechos relevantes</i> |

OHARRAK / OBSERVACIONES: